..………………….., dnia …….……... r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

Zamawiający:

POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

UL.RYBACKA 1, 70-204 SZCZECIN

NIP 852-000-67-57

1. Nazwa i adres Oferenta

....................................................................................................................................................…................................................................................................................................................................................................................................................................

tel. (kier.) ....................................... e-mail: ................................................

Regon ........................................................... NIP .........................................................

Nr rachunku bankowego i nazwa banku

........................................................................................................................................

2. Przedmiot oferty

„**Przeprowadzenie audytu zewnętrznego działalności naukowej tj:**

1. **Audytu własności intelektualnej, komercjalizacji i funkcjonowania spółek”**
2. **Audyt prowadzonych badań naukowych**

**Audyt badań klinicznych.”**

3. Po zapoznaniu się z zaproszeniem i warunkami realizacji zamówienia podejmujemy się wykonać cały zakres prac z godnie z obowiązującymi przepisami, za cenę ofertową:

a) ................................................................................ zł netto (bez VAT)

b) .................................................................................zł VAT (.............%)

c) ..................................................................................zł brutto (z VAT)

słownie (brutto) ..........................................................................................................................

1. Oświadczamy, że:
   1. niniejsza oferta obowiązuje przez okres 30 dni.
   2. oferent posiada niezbędne doświadczenie do wykonania zamówienia   
      tj. doświadczenie w przeprowadzaniu audytów działalności naukowej jednostek naukowych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykaz przeprowadzonych audytów** | | | |
| *Lp.* | *Przedmiot audytu* | *Nazwa zleceniodawcy audytu* | *Termin przeprowadzenia audytu* |
| *1.* |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |

* 1. oferent dysponuje członkami zespołu badawczego posiadającymi odpowiednie kwalifikacje i wiedzę z zakresu audytu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Członkowie zespołu badawczego** | | | |
| *Lp.* | *Imię i nazwisko* | *Wykaz audytów* | *Kwalifikacje audytorskie* |
| *1.* |  |  |  |

* 1. w przypadku przyznania zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i czasie wskazanym przez Zamawiającego.

1. Załączniki (opcjonalnie)

*…….……………………………...*

*Pieczątka i podpis Oferenta*